

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8098

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAOUDI Fouzia

Date de naissance : 12/12/1978

Adresse :

Tél. : 06 44 00 98 35 Total des frais engagés : 3480 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : Tousa

Le : 1/01/2019

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

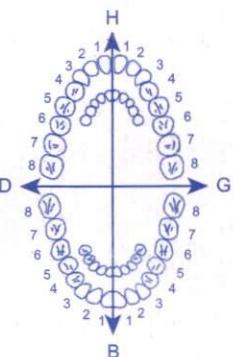
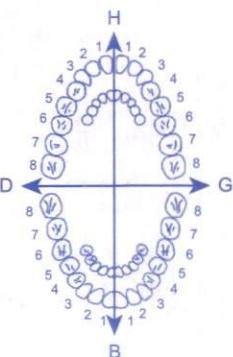
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/ma\_situation)  Déconnecter
 Remboursements Prises en charge Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

ACCORDE 1

 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
81583818	20/06/2023	Payé en : 44 jours		YOUSFI MUSTAPHA	3 450,00	1 892,20	333,05	2 225,25
81706601	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	646,60	255,62	54,46	310,08
81706582	26/06/2023	Payé en : 38 jours		YOUSFI ABDELKARIM	684,80	282,36	60,57	342,93
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

X X X X



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Acceuil > Application > assure app



0610528118

Instructions à suivre		تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.		تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).		يجب ارفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.		يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.		يجب ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء واثنتها بالوصفات المرسلة.
<b>La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.</b>		يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طيبة، ما عدا في حالة العلاج المستمر في هذه الحالة يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.		سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.		الأخطاء الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.		كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.		حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<b>Cachet et signature de ma mutuelle</b>		توقيع و طابع التأمينية
Identification de l'agent : .....		
Date de dépôt du dossier : .....		

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
<b>Feuille de soins Maladie</b>		
N°Bordereau :	N°Dossier :	مرجع رقم
خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : <i>Yousfi Naima</i>		
N° Affiliation : <i>11381974</i>		
N° Immatriculation : <i>97144444374</i>		
N° CIN : <i>141614319371</i>		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) Conjoint <input checked="" type="radio"/> زوج <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن		
adresse : <i>زنقة مطران 10 ، بني ابيات ، الدار البيضاء</i>		
Montant des frais (Dhs) : <i>3450</i>		
Nombre de pièces jointes :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج		
Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN : <i>11111111</i> Sexe : <input checked="" type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى		
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج		
N°INP <i>DR. MED. EL ABKARI</i> Type de soins نوع العلاجات		
Maladie <input type="radio"/> مرض	Confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	تم تقديم الملف للطبيب المعالج
Maternité <input type="radio"/> أمومة	Date de grossesse : <i>14/06/2014</i>	تاريخ الولادة
Hospitalisation <input type="radio"/> استشفاء	Date prévue d'accouchement : <i>14/06/2014</i>	النوعية المثبتة للولادة
Accident <input type="radio"/> حادث	Date d'hospitalisation : <i>14/06/2014</i>	تاريخ إقامة
	Date d'accident : <i>14/06/2014</i>	أسباب الحادث
	Causes : .....	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.		
Fait à : <i>14/06/2014</i>	حرر ب : ..... في : <i>14/06/2014</i>	أصرح بصحة كل المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare leci dessus être sincères et vérifiables.
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		
Dr. MED. EL ABKARI		
Hôpital CHU Hassan II Casablanca		
INPE : 211058859		
أشطب الخاتمة		

وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	قيمة المعامل Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
14/06/2023	INPE 143060416			Dr. Med EL ABKARI Professeur Agrégé Hépato - Gastro Entérologie CHU Hassan II - Fès INPE : 141058859
16/06/2023	C			Dr. Med EL ABKARI Professeur Agrégé Hépato - Gastro Entérologie CHU Hassan II - Fès INPE : 141058859
CIM - 10				

جريدة الوصفات التي تم تنفيدها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	العنوان المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
		INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
		INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج او الاحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
18-6-13B, 1670				1800	Dr. LAABIDI EL HASSANE Av. Lalla Asmae INPE Echancak 1er Etage, Abnaki, Agadir Tel 05 35 94 14 14 Fax 05 35 94 14 15 E-mail: abnaki141058859@fes.tn	
				INPE 143060416		
				INPE 147162580		
16/06/2023	Scanner Abdominal			1300,00	Dr. Firdauss AOUARI Spécialiste en Radiologie 8 Avenue Mohamed El Korni, V.N. - Fès Tel 05 35 94 14 14 Fax 05 35 94 14 15 E-mail: firdauss.aouari@fes.tn	
				INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
				INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		

Actes Paramédicaux						
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
					INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
					INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
					INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
					INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

Royaume du Maroc



d'édition : 20/06/2023 12:15:52

10.7.0

MR YOUSFI MUSTAPHA

NO 13 R EGYPT RES IDRIS

AZHAR

FES

FES PRINCIPAL

30000

N° de Dossier :

81583818

Date et heure : 20/06/2023 12:15

Nom et prénom Assuré :

YOUSFI MUSTAPHA

Immatriculation :

93422376 / 090085741

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

YOUSFI MUSTAPHA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

FES 91224

Valeur en Dirhams :

3 450,00

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE506

Nom Etablissement :

### Accusé de Réception



**Dr. Firdaouss HOUARI**

Spécialiste en Radiologie

**الدكتورة فردوس هواري**

الاختصاصية في التشخيص بالأشعة

**16/06/2023**

**FACTURE N°4300/23**

**NOM ET PRENOM :** MUSTAPHA, YOUSFI

**EXAMEN PRATIQUEE:** SCANNER ABDOMINO-PELVIAN

**MONTANT TOTAL:** 1300,00 DH

**MILLE TROIS CENTS DIRHAMS**



**INPE 141251835**

IRM 1,5 Tesla • Imagerie Cardiaque : Coroscanner et IRM cardiaque • Scanner 128 bobinettes • Angiographie • Mammographie Numérique  
Radiographie Standard Numérique • Osteodensitométrie • Echographie et Doppler • Radiologie Interventionnelle • Imagerie Dentaire

**Urgences Radiologiques 24h/24**



**POLYCLINIQUE FLORENCE** : 8 Avenue Mohamed El Korri, V.N - FES • Tél : 05 35 96 51 54  
Fax : 05 35 96 51 55 • Urgences GSM : 07 72 03 31 12 • E-mail : radiologieflorence@yahoo.com  
I.F : 15291658 - Patente : 13137017 - CNSS : 1730285 - ICE : 000150712000023



مصحة الأطلس - فاس

Polyclinique Atlas - Fès



ORDONNANCE

Docteur :

Fès, le

10/10/23

Dr Youcef JUSTAPNA

Ranier DMR ad - pelvnie

RC N de l. R.D  
CHU F

CENTRE DE DIABETOLOGIE  
FLORENCE  
8 Avenue Mohamed El Karri, V.N. - FES  
Tél : 05 35 91 54 / Fax : 05 35 96 51 55

Dr. Med EL ABKARI  
Professeur Agrégé  
Hépato - Gastro - Entérologie  
Proctologie  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 141058859

Urgences : 24h/24h

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / GSM : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICE : 002914234000045 - RC : 70437



# Clinique Multidisciplinaire Médico-Chirurgicale



## NOTE D'HONORAIRE

Fès, le : 14/06/2023

Nom : Yousfi

Prénom : JUSTINIA

- Honoraire Dr. : EL ABKARI

• Somme : 360 DA



Bd. My Rachid Route de Sefrou Fès V.N. - Tél. : 0535 641 697 / 0535 641 123/24 - Fax : 0535 657 969

CNSS : 1294305 - Patente : 13244502 - I.F : 04500667

ICE : 001915534000012 - Email : polycliniqueatlas88@gmail.com



# مصحة الأطلس - فاس Polyclinique Atlas - Fès



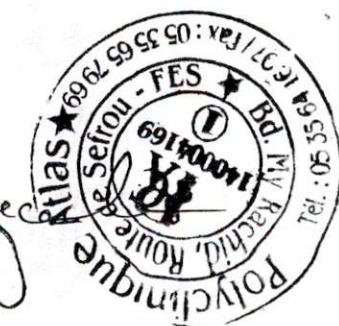
ORDONNANCE

Docteur : ..... Fès, le : 14/06/2023

1) You SFA. Inflammation  
2) Enzymes + Rétinee.  
3) CRP, ESR  
4) Caliparéctomie Fecal



**Dr. Med EL ABKARI**  
Professeur Agrégé  
Hépato - Gastro - Entérologie  
CHU Hassan II - Fès  
INPE : 141058859



**Urgences : 24h/24h**

Boulevard Moulay Rachid Route de Sefrou - FES

Tél : 05 35 64 01 23/24 - 05 35 64 16 97

Fax : 05 35 96 04 15 - 05 35 65 79 69 / GSM : 06 61 46 02 89

E-mail : polycliniqueatlas88@gmail.com - Site Web : www.polyclinique-atlas.com

ICP : 002914234000045 - RC : 70437



Dr. LAABOUDI EL HASSANE  
Biologiste

# مركز التحاليل الطبية المغرب

## CENTRE BIOLOGIE MAROC

### Laboratoire des Analyses Médicales

مختبر حاصل على شهادة الجودة AFNOR ISO 9001 v 2015



N° 2021/03-307 . 1

**FACTURE N°: 2306150052**

**FES : 15-06-2023**

**Mr YOUSFI MUSTAPHA**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
FRAIS	FRAIS	E0	E
	CRP	B100	B
	NFS	B80	B
	Calprotectine fécale	B600	B
	FERRITINE	B250	B
	PSA Total	B300	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Urée	B30	B
	Créatinhémie	B30	B
	Sodium	B30	B
	Potassium	B30	B
	Chlore	B30	B
	Reserves alcalines	B40	B
	Phosphorémie	B40	B
	Calcium	B30	B
	Protéines totales	B50	B

Total des B: 1070

Montant total: 1800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit cents dirhams



CNSS: 7485453 - Patente: 13100685 - I.F: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1<sup>er</sup> Etage, Appt 5, (VN) - Fès

Tél : 05 35 94 14 14 , Fax : 05 35 94 14 15 , Biologiste : 06 61 42 70 60

E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences : 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68

Prélèvement à domicile 24/24